



## Departamento de Serviços de Desenvolvimento

# Formulário de interesse do Programa de prevenção residencial DESE/DDS 2022

### Departamento de Educação Primária e Secundária/Departamento de Serviços de Desenvolvimento

Descrição do programa: O Programa DESE/DDS é um programa abrangente projetado para fornecer suporte intensivo ao lar e à família, a fim de reduzir a necessidade de uma colocação residencial restritiva para os alunos. Os alunos trabalham nas próprias casas com Treinadores de habilidades e outros terapeutas para desenvolver habilidades que servirão para toda a vida.

#### PREENCHA CASO O SEU ALUNO ESTEJA:

1. Atualmente matriculado em um programa escolar aprovado pelo distrito escolar local
2. Entre os 6 e os 21 anos de idade
3. Atualmente morando na casa da família ou cuidador

**Digite as respostas ou escreva claramente em letra de forma (use tinta azul ou preta):**

Nome do aluno				
Nome do pai/responsável				
Data de nascimento do aluno				
Diagnóstico primário do aluno				
Endereço principal do aluno:	Endereço Linha 1:			
	Endereço Linha 2:			
	Cidade:	Estado: MA		
	Código postal:			
Número de telefone principal dos pais/responsáveis				
Endereço de e-mail principal dos pais/responsáveis				
Em que idioma você prefere falar sobre o seu aluno?*	<input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Crioulo haitiano <input type="checkbox"/> Mandarim <input type="checkbox"/> Outro:			
Em que idioma você prefere receber materiais escritos sobre os cuidados com o seu aluno?*	<input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Crioulo haitiano <input type="checkbox"/> Mandarim <input type="checkbox"/> Outro:			
Onde seu aluno estuda atualmente? <i>(Selecione apenas uma opção)</i>	<input type="checkbox"/> Estuda em casa na casa do aluno	<input type="checkbox"/> Escola pública na escola local da sua cidade	<input type="checkbox"/> Escola fora do distrito em uma escola colaborativa, terapêutica ou para alunos com necessidades especiais	<input type="checkbox"/> Outra opção
Seu aluno é atualmente elegível para os Serviços Infantis DDS? <i>(Selecione apenas uma opção)</i>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (entre em contato com um centro de suporte familiar para obter ajuda na inscrição)			
Com que gênero seu aluno se identifica? <i>(Selecione todos que o seu aluno precisar)</i>	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Não-binário <input type="checkbox"/> Transgênero <input type="checkbox"/> Prefiro não responder			
Qual é a raça/etnia do seu aluno? <i>(Selecione todos que o seu aluno precisar)</i>	<input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra/Afro-americana <input type="checkbox"/> Havaiana/Ilhas do Pacífico <input type="checkbox"/> Hispânica/Latinx <input type="checkbox"/> Nativa Americana <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Outra opção: <input type="checkbox"/> Prefiro não responder			

**Todos os Formulários de interesse devem ser carimbados entre 1º de março de 2022 e 31 de março de 2022**

- O preenchimento deste formulário serve para expressar interesse no programa e não garante a aceitação ou inscrição
- Se você já preencheu um Formulário de interesse no passado e ainda está interessado, preencha outro formulário
- O formulário deve ser digitado ou impresso de forma clara. Se for entregar o formulário físico, coloque-o em um envelope lacrado com a etiqueta **DESE/DDS Interest Form**.
- **Entrega dos formulários:** nos escritórios locais da área do DDS, Centros de apoio ao autismo/família - **não no escritório central do DDS**.
- **Formulários enviados pelo correio:** DDS-Escritório Central, Att. DESE/DDS Program, 1000 Washington Street 4<sup>th</sup> Floor, Boston, MA 02118
- **Formulários enviados por e-mail:** [DESEDDSPROGRAM@MassMail.State.MA.US](mailto:DESEDDSPROGRAM@MassMail.State.MA.US).
- **NÃO ANEXE IEP/RELATÓRIOS MÉDICOS/QUAISQUER OUTROS DOCUMENTOS NESTE MOMENTO. ENVIE APENAS ESTE FORMULÁRIO.**

*Preenchi este formulário com precisão e veracidade, de acordo com o meu conhecimento.*

<b>Assinatura do pai/responsável:</b>	<b>Data:</b>

\*Tradução e interpretação são fornecidas gratuitamente aos participantes.